

甲狀腺鈣化的結節

王治元醫師 / 臺大醫學院 內科教授、
臺大醫院 內科部代謝內分泌科主任、
中華民國內分泌學會常務理事

甲狀腺結節是人類常見的一種身體狀況，其實不能夠完全把它稱為疾病，因為身體由於環境因素的影響，例如飲水和食物，加上人體成年以後開始進入退化的階段，甲狀腺結節在超音波上是非常常見的一種發現，由於超音波機器解像力的發達，有些流行病學報告，甚至在超音波上可以發現有 60% 以上的人口都有甲狀腺結節，還好絕大多數的結節都是良性的變化。目前甲狀腺疾病看診的患者中，在觸診時，約有 10% 的病患可以發現甲狀腺結節。

超音波發達之後，良性或惡性的結節，就成為鑑別診斷的重要標的，累積多年以來的灰階超音波文獻報告，低迴音度 (hypoechoic)、不均質 (heterogenous)、結節邊際不明顯 (ill-defined border) 及點狀鈣化 (punctate calcification) 的變化，是經常被懷疑可能有變化的方向，所幸大概只有 3.5~7% 的甲狀腺結節，是真正的惡性腫瘤。而配合甲狀腺超音波鑑別診斷的工具，就是甲狀腺穿刺細胞學，台灣的甲狀腺穿刺細胞學絕大多數採用細針穿刺，而細胞學的鑑別診斷，也由傳統上抹片、拉片的

模式，轉型到液態檢測 (liquid biopsy)，診斷的準確度也隨之提高。

而甲狀腺結節，也會發生在甲狀腺機能亢進自體免疫甲狀腺疾病的狀況，這時發生惡性變化的機會高於非甲狀腺機能亢進的患者，早期的發生率報告可以高達 10~15%。而所有的超音波變化當中，穿刺細胞學最困難取得細胞檢體的狀況，大概就是明顯的鈣化結節，所以有時候在超音波高度懷疑下，必須考慮再次進行穿刺細胞學或加上甲狀腺碘-131 核子醫學檢查。一般而言，典型點狀鈣化結節，如果取得足夠的細胞，幾乎都是屬於甲狀腺乳突癌的變化。特別是單一而非多發性結節，發現鈣化時，我們都需要提高警覺。

有時候再多次經過穿刺細胞學，無法取得足夠的細胞情況下，進行手術切除甲狀腺鈣化的部分也是一個選項，本篇文章引用 2006 年，我們在 *Journal of Medical Ultrasound* 發表的病例報告，就是在上述情況下進行的外科抉擇，很特別的是出現了一個比較少見的甲狀腺病理診斷，玻璃樣小量樑骨化腫瘤 (Hyalinized ossified trabecular tumor) (見

參考文獻附圖)，基本上屬於良性的腫瘤，文獻上報告，佔甲狀腺腫瘤不到 1% 的比例，通常 80% 是 50 歲以上的女性，不過我們報告的病例，卻是 1 位 23 歲的女性患者，所以醫學上真的處處皆有例外。不過特別值得提醒的是，這一種腫瘤如果從細胞學的角度來看，其實是非常接近甲狀腺乳突癌的變化，所以持續進行術後定期超音波追蹤，還是有其必要性的。

其實在甲狀腺超音波的領域中看得越久，真的發現對照最後的診斷，常常都有非常意外特別的發現，超音波在甲狀腺最可貴的地方，就是他相當於我們的第三隻眼睛及第三隻手，幫我們從視覺上及手指觸診上，做出最貼近最後結論的診斷。尤其當病患在面對要不要做手術的重要抉擇時，超音波就是我們來做進一步判斷的重要依據，也是我們現在在臨床上，和病患討論 Share Decision Making 的必要證明。

雖然現代彩色都卜勒超音波發展的非常好，但是以甲狀腺結節而言，灰階超音波仍然是診斷的重要利器，善用這項非常穩定而且可靠的工具，超音波會成為我們和病患溝通的最佳橋樑之一。

參考文獻

1. Lee MH, Wang CY, Chang TC. J Med Ultrasound 2006;14(4):86–89.

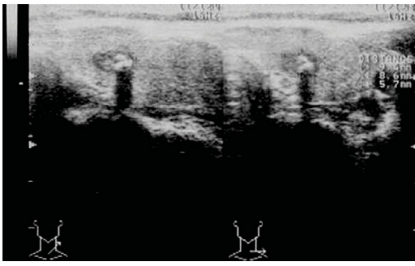


Fig. 1. Thyroid ultrasonography shows one small, ill-defined hyperechoic, calcified nodule without capsule nodule but acoustic shadow, measuring $9.4 \times 8.6 \times 5.7$ mm in size, within the left lobe.

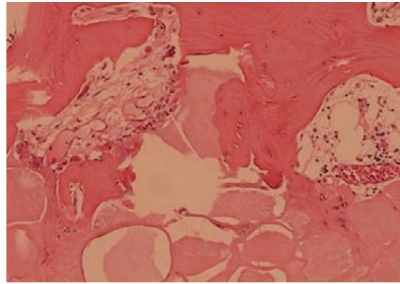


Fig. 4. Dead follicles with hyalinization (lower part of picture). Ossification with some cells, perhaps osteocytes (upper part of picture).